

# САЛЬМОНЕЛЬОЗ (SALMONELLOSIS)

Сальмонельоз — гостра інфекційна хвороба з групи зоонозів, яка спричиняється бактеріями з роду *Salmonella* і супроводжується явищами гастроентериту та інтоксикації. Відомо близько 2200 сероварів сальмонел, які відрізняються за О- і Н-антигенами.

# Епідеміологія

- Джерелом інфекції можуть бути тварини, птахи, люди, хворі на сальмонельоз або здорові бактеріоносії; найчастіше велика рогата худоба, свині, свійська водоплавна птиця, кури, у кишках яких з великою постійністю містяться різні серовари сальмонел. Нерідко інфікуються яйця птахів. Тварини можуть виділяти збудника з сечею, калом, молоком, слиною, носовим слизом. Бактеріоносійство може тривати багато місяців і навіть років. Механічним переносником сальмонел можуть бути мухи. Серед людей найбільшу небезпеку становлять хворі з легкими та стертими формами сальмонельозу.
- Зараження відбувається аліментарним і контактно-побутовим шляхами.

# Клініка

- У практиці найчастіше використовують таку класифікацію клінічних форм сальмонельозу: гастроінтестинальна форма (гастритний, гастроентеритний, гастроентероколітний варіанти); генералізована форма (тифоподібний і септикопіємічний варіанти); бактеріоносійство (гостре, хронічне, транзиторне).
- Інкубаційний період коливається від 2–6 год до 2–3 днів.
- Найчастіше (75–90%) зустрічається гастроінтестинальна форма, яка супроводжується синдромом інтоксикації та ураженням травного каналу. Початок захворювання гострий, симптоми інтоксикації максимально розвиваються протягом 1–2 діб. Спочатку з'являються загальна слабкість, головний біль, розлади сну, озноб, біль у м'язах і попереку, підвищується температура тіла. У наступні години або через добу приєднуються нудота, блювання, біль у животі. Рідше хвороба розпочинається з диспепсичних явищ або катару верхніх дихальних шляхів. Блювота частіше багаторазова, напочатку залишками їжі, а далі блювотиння стає водянистим, зеленуватого кольору.

# Клініка

- Пронос починається пізніше, ніж блювота. Випорожнення рясні, кал смердючий, досить швидко стає водянистим, з домішками слизу і зеленуватим відтін.
- Хворі переважно бліді. Зрідка лице червоне, з ін'єкцією судин склер і кон'юнктиви, на губах герпетична висипка. Пульс частий, артеріальний тиск знижений. Тони серця приглушені. Можуть виникати екстрасистоля, систолічний шум на верхівці. Живіт здутий, при пальпації болючий, бурчить. У третини хворих збільшена печінка, у 20–25% — селезінка.
- Для гастритного варіанту, крім помірної загальної інтоксикації, характерні неприємні відчуття і біль в епігастрії. Нудота і блювання короткочасні, проносу немає. Гастроентероколітний варіант сальмонельозу починається як гастроентеритний, але на 2–3-тю добу приєднується синдром коліту: нерясні рідкі випорожнення з домішками слизу і крові, спазмована сигмоподібна кишка, рідше тенезми.
- Генералізована форма сальмонельозу розпочинається переважно з ознак ураження травного каналу, але може й не супроводжуватись дисфункцією кишок.

# Діагностика

- Діагностика сальмонельозу включає бактеріологічне дослідження крові хворого, калу, сечі, блювотиння, промивних вод, залишків їжі. Матеріал слід забирати до призначення етіотропного лікування. Посіви роблять на щільні диференціальні середовища (вісмут — сульфід агар, середовища Ендо, Плоскірева) і середовища збагачення. Можна також використати жовчний і звичайний м'ясо-пептонний бульйон.
- З серологічних методів діагностики частіше використовують РНГА з груповим сальмонельозним діагностиком і РА (Відаля) з парними сироватками крові, які беруть наприкінці 1-го тижня і через 7–10 днів. Вдруге кров забирають, як правило, після стаціонарного лікування, тобто в КІЗі. Мінімальний діагностичний титр — 1:160.

# Лікування

- При гастроінтестинальній формі треба якомога раніше промити шлунок і кишки перевареною водою (краще ізотонічним розчином хлориду натрію), після чого ввести всередину який-небудь сорбент (мікросферичне активоване вугілля, ентеродез або ентеросорб) і дати тепле пиття. Для відновлення водно-сольової рівноваги і нормалізації циркуляторних порушень хворому призначають дозоване введення глюкосолу або регідрону.
- При вираженій дегідратації проводять інфузійну терапію (трисоль, дисоль, лактасоль, квартасоль, 5% розчин глюкози тощо) в умовах стаціонару. При дуже важких формах, коли відзначаються різке зниження артеріального тиску та виражена інтоксикація, додають глюкокортикоїди (преднізолон 60–90 мг, гідрокортизон 125–250 мг), поліглюкін, реополіглюкін, гемодез внутрішньовенне. Призначають хлорид кальцію, димедрол.
- При тривалому проносі (понад 2 доби), при тифоподібній і септичній формах доцільно застосовувати етіотропну терапію: препарати нітрофуранового (фурагін, фуразолідон) або оксихінолінового ряду (ентеросептол, мексаформ), антибіотики (левоміцетин, мономіцин, або канаміцин).



# Профілактика та заходи в осередку

- В епідемічному осередку, за яким спостерігають протягом 1 тиж, виявляють і знешкоджують джерело інфекції, проводять бактеріологічне дослідження харчових продуктів і осіб, котрі їх приготували і спожили. Після госпіталізації хворого роблять заключну дезінфекцію, якщо ж він залишився вдома — поточну.
- У країні здійснюється державний санітарний нагляд за харчовими підприємствами. Він передбачає систематичний контроль виготовлення, зберігання, транспортування і реалізації продуктів. Важливо досягти максимальної автоматизації і механізації технологічних процесів, не допустити стикання сирової і готової продукції на всіх етапах проходження, забезпечити якісну термічну обробку, використання холодильних камер для зберігання продуктів, які швидко псуються. Категорично заборонено надходження качиних і гусячих яєць у торгову мережу і використання їх на підприємствах громадського харчування.